

.....  
.....  
.....

Assura  
Case postale 4  
1052 Le Mont-sur-Lausanne

## Annonce d'hospitalisation

### Assuré

Nom .....  
Prénom .....  
Numéro de police .....

### Contact

Je préfère être contacté par  Email  Téléphone .....

Email .....

Téléphone .....

---

### Informations liées à l'hospitalisation

Nature de l'affection .....

Due à  Accident  Maladie  Accouchement .....

Date des premiers symptômes : | | | | | | | | | | .....

Nom de l'établissement .....

Choix de la division  Générale  Mi-privée  Privée .....

Date d'entrée prévue : | | | | | | | | | | .....

Nom du médecin traitant .....

Durée prévisible du séjour : | | | | | | | | | | jours .....

Informations complémentaires .....

.....

.....

.....

Afin de garantir un temps de traitement optimal, nous vous prions de nous communiquer ce document rempli à l'adresse email suivante: [prest\\_hospit@assura.ch](mailto:prest_hospit@assura.ch)

L'assurée soussignée ou son représentant légal déclare avoir répondu avec précision et exactitude au présent questionnaire. Elle/il autorise Assura-Basis SA et Assura SA à obtenir auprès des autres assurances, médecins, institutions policières et judiciaires, tous les renseignements nécessaires à sa détermination.

Date et lieu ..... Signature .....